

MEDIZINISCHES INFORMATIONSBLETT 2025/2026

Liebe Eltern,

wir bitten Sie folgendes Formular sorgfältig auszufüllen. Etwaige Änderungen sind schnellstmöglich mitzuteilen damit die Informationen stets aktuell sind! Diese werden selbstverständlich mit größter Diskretion behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

KIND

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
Versicherungsnummer _____ Krankenkasse _____

ELTERN ODER VORMUND

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
falls anders als die
Adresse des Kindes
Mobiltelefon _____
Tel. Arbeit _____
E-Mail _____

☐ hiermit erlaube ich den SEA Mitarbeitern, mir
Informationen und Briefe per E-Mail zu schicken

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
falls anders als die
Adresse des Kindes
Mobiltelefon _____
Tel. Arbeit _____
E-Mail _____

☐ hiermit erlaube ich den SEA Mitarbeitern, mir
Informationen und Briefe per E-Mail zu schicken

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGENDE PERSONEN, WENN DIE ELTERN/DER VORMUND NICHT ERREICHBAR SIND

Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Telefon _____	Telefon _____
Mobiltelefon _____	Mobiltelefon _____

BEHANDELNDER ARZT DES KINDES

Name und Vorname _____
Telefon _____

INFORMATIONEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES

1. Musste sich Ihr Kind in der Vergangenheit Operationen unterziehen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche : _____

2. Litt Ihr Kind in der Vergangenheit an schwerwiegenden Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche : _____

3. Leidet Ihr Kind momentan an einer chronischen Krankheit oder hat es spezifische Gesundheitsbedürfnisse? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche : _____

Wenn ja, ist ihr Kind im Besitz eines PAI (Individuelles Betreuungsprojekt)? ☐ Ja ☐ Nein

→ eine Kopie des **PAI** muss der Einschreibung beigelegt werden

4. Leidet Ihr Kind unter Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche : _____

Wenn ja, ist ihr Kind im Besitz eines PAI (Individuelles Betreuungsprojekt)? ☐ Ja ☐ Nein

→ eine Kopie des **PAI** muss der Einschreibung beigelegt werden

→ Wenn ja, muss der behandelnde Arzt das medizinische Informationsblatt über Allergien und Unverträglichkeiten ausfüllen (« certificat médicale intolérance ou allergie alimentaire »)

5. Liegt bei Ihrem Kind eine Beeinträchtigung vor (visuell, motorisch, mental ...)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche : _____

6. Benötigt Ihr Kind eine spezifische Betreuung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche : _____

7. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Einnässen/Bettnässen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ☐ eher während des Tages ☐ eher während der Nacht

8. Trägt Ihr Kind : eine Brille ☐ Ja ☐ Nein

einen Hörapparat ☐ Ja ☐ Nein

eine Zahnsperre ☐ Ja ☐ Nein

ERNÄHRUNG

9. Ist Ihr Kind Vegetarier (ohne Fleisch, Fisch und Geflügel)? ☐ Ja ☐ Nein

10. Muss Ihr Kind einen speziellen Ernährungsplan einhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte alle zu vermeidenden Lebensmittel an: _____

MEDIKAMENTE

11. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente im SEA einnehmen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name des Medikaments und Dosierung an: _____

12. Ist Ihr Kind in der Lage seine Medikamente selbst im SEA einzunehmen? ☐ Ja ☐ Nein

→ Wenn nicht, müssen sie die Behandlung auf das Personal übertragen (Blatt „délégation de soins“)

13. Hiermit erlaube ich den Mitarbeitern des SEA meinem Kind folgende Medikamente zu geben:

Nurofen	☐ Ja	☐ Ja (nach telefonischer Absprache) *	☐ Nein
Paracetamol	☐ Ja	☐ Ja (nach telefonischer Absprache) *	☐ Nein

*Sollten die SEA Mitarbeiter Sie nicht erreichen können, dürfen sie keine Medikamente verabreichen.

14. Hiermit erlaube ich den Mitarbeitern des SEA folgende Produkte und Cremes bei Bedarf zu benutzen:

Arnica Creme	☐ Ja	☐ Nein
Bepanthen Creme	☐ Ja	☐ Nein
Fenistil Gel	☐ Ja	☐ Nein
Polyseptol Creme	☐ Ja	☐ Nein
Desinfektionsspray	☐ Ja	☐ Nein
Pflaster	☐ Ja	☐ Nein
Sonnencreme (la Roche Posay, Avène o.ä.)	☐ Ja	☐ Nein

15. Kann Ihr Kind schwimmen? ☐ Ja ☐ Ja (aber mit Schwimmflügeln) ☐ Nein

16. Kann Ihr Kind an allen Aktivitäten teilnehmen (Sport, ...)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, welche sind zu vermeiden? _____

Bemerkungen

Bitte geben Sie alle wichtigen und noch nicht erwähnten Auskünfte über den Gesundheitszustand oder das Verhalten Ihres Kindes an:

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____ (Vater, Mutter, Vormund)

Erlaubnis

Ich, Unterzeichnete(r) _____ *Vater, Mutter, Vormund*
des Kindes _____

erlaube hiermit dem Personal des SEA, falls ich nicht erreichbar bin, im Falle eines Notfalls oder Unfalls einen Arzt zu konsultieren. ☐ Ja ☐ Nein

erlaube hiermit dem Arzt, falls ich nicht erreichbar bin, alle medizinisch und/oder chirurgisch notwendigen Untersuchungen und Interventionen im Falle eines Notfalls vorzunehmen. ☐ Ja ☐ Nein

erlaube hiermit, dass mein Kind fotografiert oder gefilmt werden darf

für den **internen Gebrauch** ☐ Ja ☐ Nein

Für den **externen Gebrauch** (bei kommunalen Veranstaltungen, SEA Veranstaltungen, Ausflügen und externen Aktivitäten und Veröffentlichungen der Gemeinde (Gemeindeblatt, Website, DIMMI ... und SEA) ☐ Ja ☐ Nein

Erlaube hiermit, dass mein Kind an spontanen externen Ausflügen teilnehmen darf

zu Fuß ☐ Ja ☐ Nein

mit öffentlichen Transportmitteln ☐ Ja ☐ Nein

mit dem Minibus des SEA ☐ Ja ☐ Nein

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____ (Vater, Mutter, Vormund)